

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) Mme M.

NOM Prénom :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en tant que :

Patient(e)

Demande la communication des documents suivants :

Compte-rendu d'hospitalisation période du..... au.....

Autre document à préciser.....

Dossier dans son ensemble

Représentant légal de : (nom-prénom)

Ayant-droit de.....

Né(e) le :

Décédé(e) le

MOTIF : pour une demande de dossier d'un patient décédé, préciser le motif de la demande de communication :

Recherche des causes de la mort

Défense de la mémoire du défunt

Faire-valoir les droits des ayants-droits

MODE DE TRANSMISSION DU DOSSIER

Je choisis la consultation sur place ;

Je demande l'envoi postal à mon domicile ;

Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques), comme intermédiaire :

➤ Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité ou passeport).

➤ Pour toute demande formulée par un **représentant légal**, joindre en plus une copie du livret de famille ou le cas échéant une copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles.

➤ Pour toute demande formulée par un **ayant-droit**, joindre en plus une copie de l'acte de décès du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit.

➤ Pour toute demande formulée par un **tiers** (membre de la famille, avocat, médecin, etc), joindre un mandat exprès dans lequel le patient autorise un tiers à recevoir tout ou partie du dossier et un justificatif des identités du mandant et du mandataire.

La demande est à adresser à :

Clinique de Port-Marly

A l'attention de la Direction - Service Relations des usagers

9, Bis avenue de Saint Germain

78560 Le PORT-MARLY